

Verläufe von Traumafolgen bei ehemaligen politisch Inhaftierten der DDR

Ein 15-Jahres-Follow-up

Politische Verfolgung und insbesondere politisch bedingte Inhaftierungen gelten unbestritten als potenziell traumatische Ereignisse, die zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD, „posttraumatic stress disorder“) und zu anderen Traumafolgestörungen führen können. Eine Reihe von Studien belegt ein hohes Ausmaß psychischer Beeinträchtigungen bei ehemaligen politischen Gefangenen der DDR (1949–1989; z. B. [21, 26, 35]). In diesen Studien mit insgesamt ca. 500 Personen fanden sich PTBS-Prävalenzen von 22–30%. In der aktuellsten dieser Studien [35] wurde eine PTBS-Prävalenz von 50% berichtet. Die Studie konnte allerdings nicht klären, ob diese vergleichsweise hohe PTBS-Prävalenz eine generelle Erhöhung haftbedingter psychischer Störungen im zeitlichen Abstand zum Ende der DDR oder durch methodische Besonderheiten der Studie (Selbsteinschätzung der Symptome und Querschnittsdesign) mitbedingt ist. International ist das Phänomen scheinbar ansteigender PTBS-Prävalenzen mit steigendem Lebensalter bei Überlebenden von traumatischen Ereignissen bereits mehrfach beschrieben. Solomon [31] und Prot [27] konnten einen Anstieg verschiedener traumabedingter Psychopathologien bei Israelischen Überlebenden des Holocausts mehrere Jahrzehnte nach dessen Ende zeigen. Dieser Anstieg ist umso bemerkenswerter, da parallel zur Einführung der PTBS-Diagnose in die Störungsklassifikationsverzeichnisse DSM-III und

ICD-10 das therapeutische Wissen sprunghaft wuchs und heute eine größere Anzahl wirksamer Therapien vorliegt [8]. Auch vielen der ehemaligen politisch Inhaftierten der DDR wurden in den letzten 20 Jahren Psychotherapien angeboten [7].

Frühere politisch Inhaftierte aus der DDR sind zudem eine Gruppe vergleichsweise älterer Menschen, in der Regel sind sie über 60 Jahre alt. In den meisten internationalen Studien zur PTBS werden dagegen jüngere Personen untersucht. Bisher ist für PTBS noch weitgehend ungeklärt, wie diese sich typischerweise im höheren Lebensalter entwickelt [16]. Es gibt einige Befunde und Annahmen, die – ähnlich wie bei der Major-Depression – bei PTBS von einer Altersabnahme ausgehen [13]. Andere Studien und biopsychosoziale Konzepte legen nahe, dass es im Alter nicht zu (spontaner) Abnahme der PTBS-Symptomatik kommt, sondern eher zu einem Umbau im Symptomprofil mit z. B. traumabezogenen Schlafstörungen und erhöhter Wachsamkeit [16, 17].

In der Mitte der 1990er Jahre hatte eine Finanzierung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung es ermöglicht, in Dresden eine Untersuchung ehemaliger politisch Inhaftierter der DDR zwischen 1949 und 1989 durchzuführen (z. B. [21]). Dabei wurden anhand strukturierter klinischer Interviews und von Fragebögen eine Gruppe von 146 ehemaligen Inhaftierten über Kontakte mit Opfervereinen und der Presse untersucht und diese mit einer so-

ziodemographisch parallelisierten Kontrollgruppe verglichen. Für alle Untersuchten lagen traumatische Erlebnisse vor (Folter, Gewalterlebnisse oder -androhungen, Einzelhaft u. a.; vgl. [18]). Neben der PTBS als häufigste Traumafolgeerkrankung zeigte sich, dass soziale Phobien, Substanzmissbrauch und spezifische Phobien (die meisten in Form einer Klaustrophobie) signifikant häufiger bei den Exhäftlingen auftraten als bei der Kontrollgruppe. Die Depressions- und allgemeinen Psychopathologiewerte beider Gruppen unterschieden sich signifikant, mit einem BDI (Becks Depressionsinventar) -Gruppenmittelwert bei den Exhäftlingen von 14 Punkten, der damit im Bereich milder Depressionen lag. Das mittlere Alter der Untersuchten war damals 54 Jahre.

Im Jahr 2008 wurde es möglich, eine Folgeuntersuchung des Samples der ehemaligen politisch Inhaftierten durchzuführen (ohne wiederholte Untersuchung der Kontrollgruppe). Hauptfragestellungen dieser Erhebung waren:

- Haben sich die Prävalenzen klinischer Störungen in diesem 15-Jahres-Zeitraum verändert?
- Wie hat sich das Profil der PTBS-Symptome über die Zeit verändert?
- Stimmen die retrospektiven Angaben der Studienteilnehmer über ihre Störungsverläufe (subjektives Bild) mit den 1994 und 2008 von Klinikern beurteilten Störungsverläufen (klinisches Bild) überein?

Tab. 1 Soziodemographische Merkmale der ehemaligen politisch Inhaftierten und Drop-out-Analyse. (Vom Zeitpunkt der Ersterhebung)

	Teilnehmer beider Erhebungszeitpunkte (n=93)	Drop-outs (n=53)	Testung t-/ χ^2 -Test (p-Werte)
Alter (Jahre)	51,26+10,59 [27–72]	57,74+12,95 [28–82]	3,24 (0,001)*
Geschlecht (% männl.)	83,9	88,7	0,63 (0,426)
Bildungsabschlüsse (%)			5,699 (0,017)*
Hauptschule/mittl. Reife	52,7	73,5	
Abitur/Studium	47,3	26,5	
Erwerbstätigkeit (%)			16,4 (0,000)**
In Arbeit	48,3	18,4	
Arbeitslos	23,6	20,4	
Berentet	28,1	61,2	
Partnerschaftsstatus (%)			1,25 (7,42)
Alleinstehend	13,2	14,3	
Verheiratet/Zusammenlebend	60,4	55,1	
Geschieden	22,0	28,6	
Verwitwet	4,4	2,0	

Methode

Studienpopulation und Design

In der Mitte der 1990er Jahre wurde eine Stichprobe nichtbehandlungssuchender ehemaliger politisch Inhaftierter der DDR untersucht, die durchschnittlich 29,3 Monate (Standardabweichung [SD]: 28,5) in Haft gewesen waren [21]. Die längsschnittliche Fortführung war den Teilnehmern in den 1990er Jahren nicht angekündigt, daher mussten die in einem zeithistorischen Institut bereits archivierten Studienteilnehmerdaten für die Folgeuntersuchung herausgesucht werden. Nach einem schwierigen Prozess der Adressbestätigung bzw. -neusuche wurde der Personenkreis kontaktiert und zur neuen Untersuchung eingeladen (ca. 40% der Teilnehmer hatten in der Zwischenzeit neue Adressen). Die Folgeinterviews fanden 2008 entweder in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Dresden statt oder in einigen Fällen aufgrund von Mobilitätsproblemen in den Heimorten der Teilnehmer.

Von den 146 ursprünglichen Teilnehmern konnten 11 nicht lokalisiert werden und 25 der Studienteilnehmer, die lokalisiert werden konnten, waren bereits verstorben. Von den verbliebenen 110 ehemaligen Studienteilnehmern waren 17 (15,5%)

nicht zur Teilnahme bereit (hauptsächlich aufgrund von Gesundheitsproblemen). Daher umfasst die vorliegende Studie 93 Teilnehmer (d. h. es bestand eine Ausschöpfungsrate von 84,5% der noch lebenden lokalisierten ursprünglichen Teilnehmer). Sieben Personen nahmen nur am Fragebogenteil der Studie teil. Zum Zeitpunkt der vorliegenden Studie (2008) waren die Teilnehmer 40 bis 85 Jahre alt ($M=64,4$ Jahre; $SD=10,7$). Die mittlere Zeit seit der Haftentlassung war 36,8 Jahre ($SD=10,9$).

Die wichtigsten Stichprobenmerkmale der Teilnehmer an beiden Untersuchungszeitpunkten finden sich in **Tab. 1** (erste Spalte). Um die Drop-out-Faktoren abzuschätzen, wurden alle Variablen in logistische Regressionsmodelle aufgenommen. Erwartungsgemäß war höheres Alter mit den Drop-outs assoziiert ($OR=2,04$, 95%-KI=1,15–3,62), zudem geringere Bildung ($OR=0,36$, 95%-KI=0,14–0,89). Alle anderen Variablen waren keine Prädiktoren.

Die verwendeten Daten entsprechen einem retro- und prospektiven Längsschnittsdesign: Zusätzlich zu den prospektiven Daten von 1994 bis 1995 (T1) und 2008 (T2) wurde ein T0 als der Zeitraum direkt nach der individuellen Haftentlassung spezifiziert und 1994–1995 bereits mit erfragt.

Psychometrische Erhebung

PTBS und Diagnosen weiterer Störungskategorien wurden zu T1 und T2 durch erfahrene klinische Beurteiler mittels des „diagnostischen Interviews für psychische Störungen: DIPS“ [29] untersucht und beurteilt. Das DIPS ist ein an den jeweiligen DSM-Versionen ausgerichtetes Erhebungsinstrument, das alle affektiven, Angst- und somatoformen Störungen erfasst und die Substanzabhängigkeiten screen; es hat hervorragende Reliabilitäts- und Validitätskennwerte [29].

Die 17 PTBS-Symptome laut DSM-IV wurden jeweils im PTBS-Teil des DIPS erhoben. Die retrospektive T0-Diagnose wurde zu T1 mit folgender Instruktion erfasst: „War dieses [Symptom] im ersten Jahr nach Ihrer Haftentlassung bei Ihnen vorhanden? Wenn ja, wie lange?“. PTBS-Diagnosen wurden nach dem DSM-III-R bzw. -IV-Algorithmus anhand der als vorhanden ermittelten Symptome vergeben.

Längsschnittliche Diagnoseverläufe

Da Daten aus drei Zeitpunkten Verwendung finden, ergeben sich vor dem Hintergrund vorliegender binärer Ausprägungen (PTBS *nicht* vorhanden vs. PTBS *vorhanden*) 8 mögliche Muster, die sich klinisch auf 5 Verlaufstypen reduzieren lassen:

- *chronisch* (stets PTBS vorhanden);
- *resilient* (PTBS stets nicht vorhanden);
- *verzögert*, zusammengesetzt aus *früh verzögert* (T0: nicht; T1: vorhanden; T2: vorhanden) sowie *spät verzögert* (T0: nicht; T1: nicht; T2: vorhanden);
- *remittiert* zusammengesetzt aus *früh remittiert* (T0: vorhanden; T1: nicht; T2: nicht) und *spät remittiert* (T0: vorhanden; T1: vorhanden; T2: nicht) und
- *wechselnd* zusammengesetzt aus einem *U-förmigen Verlauf* (T0: nicht; T1: vorhanden; T2: nicht) und einem *invers U-förmigen Verlauf* (T0: vorhanden; T1: nicht; T2: vorhanden).

Die Beurteilungen durch die Kliniker konnten direkt für diese Einteilung herangezogen werden. Die subjektiven retrospektiven Einschätzungen der Teilnehmer wurden durch eine graphische Methode

erhoben. Hierbei waren vier Diagramme vorgegeben, eines pro PTBS-Symptomgruppe: Intrusionen, Vermeidung, Numbing, Hyperarousal). Die 4-Symptomgruppen-Einteilung wurde gewählt, da die PTBS-Grundlagenforschung überwiegend von einer 4-Faktor-Lösung dieser Symptomatik ausgeht ([6]; vgl. dagegen [23]). Für jede Symptomgruppe wurde ein deutscher Begriff gewählt, der auf den Arbeitsblättern kurz erläutert wurde (Wiedererleben der/des Ereignisses, bewusstes Vermeiden, emotionale Abgestumpftheit, Angespanntheit). Auf der Abszisse waren 3 Zeitanker vorgegeben („direkt nach der Haftentlassung“, „1990er Jahre“ und „heute“). Die Ordinate war eine 8-stufige visuelle Analogskala, die mit „Schweregrad“ bezeichnet war. Die Probanden hatten die Instruktion, freihändig den ungefähren Verlauf ihrer Symptomatik einzuzichnen.

Die zu den 3 spezifizierten Zeitpunkten eingezeichneten Schätzwerte wurden pro Teilnehmer und Zeitpunkt gemittelt und dann am Median binär geteilt („geringe Belastung“: 0–3,49; „hohe Belastung“: 3,5–7). Die Zuordnung zu den 8 Diagnoseverläufen wurde anhand der Binärwerte (geringe vs. hohe Belastung) vorgenommen, die dem „nicht vorhanden“ vs. „vorhanden“ bei der PTBS-Diagnosestellung der Kliniker entspricht.

Therapieinanspruchnahme

Es wurde erfragt, ob „aufgrund der erfragten Erlebnisse und psychischen Beschwerden eine spezifische ärztliche oder psychologische Hilfe in Anspruch genommen“ worden war oder wird. Da nur 6 der 86 Befragten (7%) diese Frage bejahten, wurde diese Variable aufgrund dieser niedrigen Basisrate nicht in die folgenden Auswertungen einbezogen.

Datenanalysen

Die Prävalenzraten und Symptommhäufigkeiten wurden mittels χ^2 -Statistik getestet. Die Beurteilerübereinstimmungen im ersten Schritt ebenfalls mittels χ^2 -Statistik und nachfolgend anhand Trefferkombinatorik mittels Sensitivitäts- und Spezifitätswerten und deren 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) untersucht.

Nervenarzt 2013 · 84:72–78 DOI 10.1007/s00115-012-3646-y
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

A. Maercker · I. Gäbler · M. Schützwohl

Verläufe von Traumafolgen bei ehemaligen politisch Inhaftierten der DDR. Ein 15-Jahres-Follow-up

Zusammenfassung

Hintergrund. In einer Mitte der 1990er Jahre untersuchten Stichprobe ehemaliger politisch Inhaftierter der DDR wurden im 15-Jahres-Follow-up die Veränderungen der Diagnose- und Symptomprävalenzen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie anderer psychischer Störungen untersucht. Zudem wurden die durch Kliniker erhobenen Diagnosenverläufe mit den retrospektiven subjektiven Einschätzungen der Studienteilnehmer verglichen.

Methode. Dreiundneunzig ehemals politisch inhaftierte Personen nahmen an der Folgestudie teil (85% Wiederteilnahme), ihr mittleres Alter betrug 64 Jahre. Diagnosen und Symptome wurden mittels strukturierter klinischer Interviews sowie Fragebögen erfasst. Die retrospektiven subjektiven Verlaufseinschätzungen der Teilnehmer wurden mittels eines PTBS-Symptomindex basierend auf 4 Symptomgruppen (Intrusionen, Vermeidung, Numbing, Hyperarousal) errechnet.

Ergebnisse. Eine aktuelle PTBS lag bei 33% vor (1997: 29%). Nur ca. in der Hälfte der Fäl-

le lag diese schon 1994 vor, bei der anderen Hälfte handelt es sich um neu-inzidente bzw. remittierte Fälle. Nächsthäufige Diagnosen waren Major-Depression, Episode (26%), Panik (mit oder ohne Agoraphobie: 24%) sowie somatoforme Störungen (19%). Im PTBS-Symptomprofil nahmen Intrusionen, Flashbacks bzw. Entfremdungsgefühl im Zeitverlauf ab, Reizbarkeit und Schreckreaktionen hingegen zu. Die subjektive Selbsteinschätzung der PTBS-Symptomverläufe durch die Studienteilnehmer ergab im Vergleich mit den Diagnostikern häufiger ein resilientes („nie PTBS“) oder verzögertes und seltener ein remittiertes Verlaufsmuster.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse sprechen für eine traumabezogene Langzeitmorbidity, die allerdings instabiler ist als bisher angenommen.

Schlüsselwörter

DDR · Politisch Inhaftierte · Traumafolgen · Posttraumatische Belastungsstörung · Diagnosenverlauf

Course of trauma sequelae in ex-political prisoners in the GDR. A 15-year follow-up study

Abstract

Background. In a sample of ex-political prisoners in the GDR examined in the middle of the 1990s, a follow-up examination carried out 15 years later investigated alterations in the diagnosis and symptom prevalence of post-traumatic stress syndrome (PTSS) as well as other psychiatric disorders. The diagnosis course given by the clinicians was compared with the retrospective subjective estimations by participants.

Methods. A total of 93 ex-political prisoners participated in the follow-up study (85%) with an average age of 64 years. Diagnoses and symptoms were collated using structured clinical interviews and questionnaires. The retrospective subjective estimation of progression of the participants was calculated using a PTSS symptom index based on four symptom groups (intrusions, avoidance, numbing and hyperarousal).

Results. At the time of follow-up PTSS was present in 33% of participants (in 1997 it was 29%). In 1994 this was present in only ap-

proximately 50% of cases and in the other 50% it concerned newly incident or remission cases. The next most common diagnoses were major depression episodes (26%), panic (with or without agoraphobia 24%) and somatoform disorders (19%). In the PTSS symptom profile intrusions, flashbacks and alienation feelings decreased with time but in contrast irritability and shock reactions increased. The subjective self-estimation of the course of PTSS symptoms by the participants often gave a resilient (never PTSS) or delayed and rarely a remission course pattern in comparison to the diagnosing clinicians.

Conclusions. The results indicate a trauma-related long-term morbidity which is, however less stable than previously assumed.

Keywords

GDR · Political prisoner · Trauma sequelae · Post-traumatic stress syndrome · Diagnosis course

Tab. 2 Prävalenzen psychischer Störungen im längsschnittlichen Vergleich					
Psychische Störungen	1994		2008		McNemar χ^2 : p-Wert (N _{valid})
	(n)	(%)	(n)	(%)	
PTBS, aktuell	25	29,1	28	32,6	0,7 (86)
Agoraphobie ohne Panikstörung	10	11,6	8	9,3	0,8 (86)
Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	22	25,8	21	24,4	0,9 (86)
Spezifische Phobie, klaustrophobischer Typ	18	21,2	2	2,4	0,000 (85)**
Andere spezifische Phobien	14	16,3	6	7	0,1 (86)
Sozialphobie	11	12,8	6	7	0,13 (86)
Generalisierte Angststörung	5	5,8	5	5,8	1,0 (86)
Zwangsstörung	2	2,3	3	3,5	1,0 (86)
Major-Depression, aktuelle Episode	5	5,8	23	25,6	0,000 (86)*
Major-Depression, rezidivierend	10	11,6	15	16,3	0,31 (86)
Dysthymie	5	5,8	5	5,8	1,0 (86)
Somatoforme Störungen	14	18,9	14	18,9	1,0 (74)
Substanzmissbrauch/-abhängigkeit	13	14,0	3	3,5	0,007 (86)*

Tab. 3 Vergleich von Traumafolgenverlaufstypen über 3 Zeitpunkte (T0, T1, T2; Erläuterungen s. Text) zwischen Beurteilung des Kliniklers und Teilnehmerselbsteinschätzung			
Verlaufsmuster	Beurteilung des Kliniklers (retro- und prospektiv)	Teilnehmerselbst- einschätzung (retrospektiv)	Übereinstimmung bezogen auf Beurteilung des Kliniklers
	Anzahl (%) ^a	Anzahl (%) ^a	Anzahl (%) ^b
Chronisch	14 (16,3)	16 (18,3)	6 (42,9)
Resilient	26 (30,2)	31 (36,0)	16 (61,5)
Verzögert	6 (7,0)	13 (15,2)	
Früh verzögert	1 (1,2)	12 (14,0)	– ^c
Spät verzögert	5 (5,8)	1 (1,2)	0 (0)
Remittiert	32 (37,2)	19 (22,1)*	
Früh remittiert	22 (25,6)	11 (12,8)	5 (22,7)
Spät remittiert	10 (11,6)	8 (9,3)	2 (20,0)
Wechselnd	8 (9,3)	7 (8,1)	
Umgekehrt	0 (0)	5 (5,8)	– ^c
U-förmig	8 (9,3)	2 (2,3)	0 (0)

^aBezogen jeweils auf n=86, ^bProzentangabe bezogen jeweils auf Beurteilung des Kliniklers (1. Spalte), ^czu geringe Anzahl bei der Beurteilung des Kliniklers, *p<0,05 für Vergleich Klinikler- und Teilnehmerbeurteilung.

Ergebnisse

Störungsprävalenzen

Zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchung 2008 hatten 32,6% der Befragten eine posttraumatische Belastungsstörung. Die Prävalenzrate unterscheidet sich damit nicht signifikant von der, die 1994 für diese Stichprobe ermittelt worden war (29,1%; **Tab. 2**). Zusätzlich fand sich bei 25,6% eine subsyndromale PTBS (vgl. [30]); 1994 waren es 24,4% mit partieller PTBS. Die retrospektive Diagnostik für T0 (kurz nach Haftentlassung) hatte 1994 Prävalenzraten von 61,6% für PTBS und 20,9% für subsyndromale PTBS ergeben.

Als Störung mit der zweithöchsten Prävalenz erwies sich die Major-Depression, einzelnen Episode mit 25,6%, welche sich signifikant von der Prävalenzrate für Depressionen zu T1 unterscheidet (1994: 5,8%). Signifikant geringer geworden sind die Prävalenzen von Klaustrophobien (als Form der spezifischen Phobien) und des substanzbezogenen Störungen.

PTBS-Symptomprofile

Bei der klinischen Symptomerhebung durch den Diagnostiker (**Abb. 1**) nahm die Prävalenz von 2 Intrusionssymptomen ab (wiederkehrende Bilder, McNemar $\chi^2=9,53$, df=1, p<0,01; Flashbacks,

McNemar $\chi^2=6,55$, df=1, p<0,05) während sich die von 3 Intrusionssymptomen statistisch nicht signifikant verringerte (belastende Träume, Belastung bei Erinnerung, körperliche Reaktionen bei Erinnerung). Von den Vermeidungs-/Betäubungs-Symptomen trat in der Nacherhebung nur das Entfremdungsgefühl signifikant seltener auf (McNemar $\chi^2=6,76$, df=1, p<0,05), während die anderen 6 Symptome statistisch gleich häufig blieben. Von den Hyperarousal-Symptomen erhöhten sich die Prävalenzraten der Reizbarkeit (McNemar $\chi^2=4,57$, df=1, p<0,05) und der Schreckreaktion (McNemar $\chi^2=5,56$, df=1, p<0,05).

Übereinstimmung der Diagnoseverläufe und subjektiven Verläufe

Für die durch Klinikler festgestellten Verläufe erwiesen sich über die 3 retro- und prospektiven Zeiträume das resiliente Verlaufsmuster (30,2%) sowie das früh remittierte Verlaufsmuster (25,6%) als die häufigsten (**Tab. 3**).

In der mittels graphischer Erfassung ermittelten subjektiven Verlaufseinschätzung hatten bezogen auf T2 31 Studienteilnehmer (36,0%) eine so hohe Störungsbelastung angegeben, dass dies einer PTBS-Diagnose entspricht; diese Teilnehmer teilten sich auf den chronischen, den verzögerten und den U-förmig wechselnden Verlauf auf. Ein resilienter Verlauf fand sich wie bei der Kliniklerbeurteilung am häufigsten (36,0%; vgl. **Tab. 3**).

Die Prüfung der Übereinstimmung zwischen Klinikler-Beurteilung und Teilnehmerselbsteinschätzung wurde in mehreren Schritten vorgenommen. Zunächst wurden mittels Kreuztabelle der Anteil an den Klinikler-Diagnosen berechnet, der sich auch in der Probandenselbstbeurteilung fand (**Tab. 3**, letzte Spalte). Beim resilienten Verlaufstyp war demnach die Übereinstimmung mit 61,5% am höchsten, gefolgt vom chronischen Verlaufsmuster (42,9%) und den beiden remittierten Verlaufsmustern (20,0–22,7%). Die anderen Verlaufsmuster (verzögerte, wechselnde) zeigten weitgehend oder vollständig fehlende Übereinstimmung.

Abschließend wurden die Wahrscheinlichkeiten berechnet, dass ein in

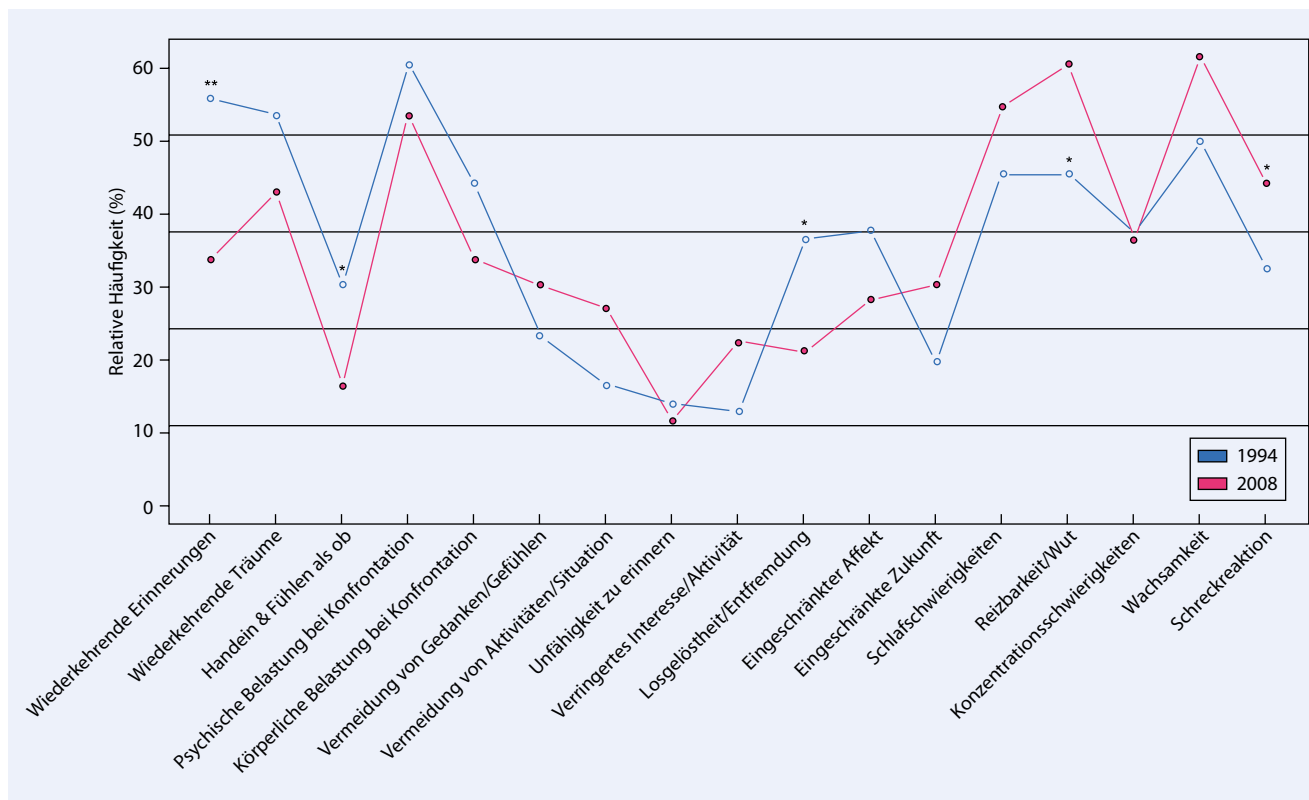


Abb. 1 ▲ Vergleich der PTBS-Symptomprofile zu T1 und T2 (signifikante Unterschiede: * $p < 0,05$; ** $p > 0,01$)

der Kliniker-Beurteilung PTBS-positiv eingeschätzter Teilnehmer sich auch in der Selbsteinschätzung PTBS-positiv sah (entspricht einer Sensitivitätsanalyse). Für T1 lag die „Richtig-Positiv-Rate“ bei 0,80 (95%-KI: 0,61–0,91), d. h. 20 von 25 Probanden sahen sich selbst als PTBS-positiv, während für T2 diese Rate mit 0,64 (95%-KI: 0,46–0,79) bei 18 von 28 Probanden niedriger ausfiel. Da die beiden 95%-Konfidenzintervalle sich überlappen, unterscheiden sich die Werte nicht signifikant.

Die komplementäre Wahrscheinlichkeit, dass beide – Kliniker und Selbstbeurteilende – mit ihrer Einschätzung des PTBS-negativ Status übereinstimmten (entspricht der Spezifitäts- oder Richtig-Negativ-Rate), betrug zu T1 0,66 (40 von 61 Probanden) und war zu T2 mit 0,77 (45 von 58 Probanden) höher. Das 95%-KI zu T1 betrug 0,53–0,76 und zu T2 0,65–0,86, was wieder eine Überlappung und damit ein nichtsignifikantes Ergebnis belegt.

Diskussion

Die vorliegende Studie hatte drei Ziele:

- die Untersuchung der Diagnosestabilitäten über den 15-Jahres-Zeitraum,
- die Untersuchung von Veränderungen im Symptomprofil der PTBS sowie
- die Bewertung der Validität subjektiver retrospektiver PTBS-Verlaufseinschätzungen.

Über die untersuchten ehemaligen politisch Inhaftierten der DDR waren bereits verschiedene klinische und wissenschaftliche Aspekte berichtet worden [5, 18, 21, 30]. Die vorliegende Folgestudie untersuchte zusätzlich weitere Aspekte als die hier berichteten (z. B. autobiographische Gedächtnisfunktionen: Kleim et al. [14]; Rachegedanken: Gäbler u. Maercker [10]; Prädiktoren unterschiedlicher Verlaufstypen: Maercker et al. [19]; sozial-interpersonelle Faktoren: Krammer et al. [15]).

Die Untersuchung der Diagnosestabilitäten zeigt, insbesondere für die posttraumatische Belastungsstörung, ein mehrschichtiges Bild. Auf den ersten Blick hat sich die PTBS-Prävalenz über den 15-Jahres-Zeitraum nicht verändert (jeweils um 30%). Bei genauerer Betrachtung zeigt

sich allerdings, dass seit den 1990er Jahren ca. ein Drittel der Personen, die damals mit PTBS diagnostiziert wurden, ausgeheilt sind und dass etwa ein weiteres Drittel neu-/wiederinzidente PTBS-Fälle sind, wie in **Abb. 1** graphisch veranschaulicht. Das Verlaufsmuster einer verzögerten PTBS, die erst im Zeitraum nach der ersten Untersuchung (T1) neu aufgetreten war, fand sich z. B. bei 6% der Studienteilnehmer, was in dieser Größenordnung der verzögerten PTBS-Entstehung bei anderen Traumatisiertengruppen entspricht [1, 12]. Zusätzliche Analysen zeigten, dass die verzögerte PTBS nicht mit potenziellen späteren traumatischen Ereignissen, der historischen Phase der Inhaftierung oder anderen anamnestischen Faktoren zusammenhängt, sondern einzig mit einem höheren Bildungsstatus der Teilnehmer [19]. Insgesamt verbirgt sich also hinter der im Mittel gleich hohen PTBS-Prävalenz eine auch von anderen Störungsbildern bekannte Verlaufsdifferenzierung, die bereits in anderen Studien zum Langzeitverlauf der PTBS gezeigt werden konnte (z. B. [36]).

Bei den komorbiden Diagnosen ergaben sich veränderte Prävalenzraten mit einem Anstieg für die Major-Depression (aktuelle Episode). Geringere Prävalenzraten nach 15 Jahren ergaben sich für die klaustrophobische Form der spezifischen Phobie (die 1994 mit 21% vergleichsweise hoch war) sowie den Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Die Verringerung der Klaustrophobiehäufigkeit ist unseres Wissens bisher noch nicht in anderen klinischen Stichproben beschrieben worden und lässt sich mit der prinzipiell guten Therapierbarkeit von spezifischen Phobien in Verbindung bringen [24]; alternativ könnten sich zwischen den beiden Zeiträumen die Diagnosestellung etwas verändert haben. Der Befund geringer werdender Substanzmissbrauchsprävalenzen im Verlauf ist schwerer einzuordnen und hängt möglicherweise damit zusammen, dass Traumatisierte einen dysfunktionalen Alkoholkonsum im Sinne einer Selbstmedikation auftretender psychischer Beschwerden eher unmittelbar nach ihrer Traumatisierung zeigen [28].

Der Vergleich der PTBS-Symptomprofile über den 15-Jahres-Zeitraum ist zusätzlich zur allgemeinen Verlaufsbeurteilung auch vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass die Probanden aktuell im Durchschnitt 64 Jahre alt waren. Eine neuere Übersicht legt theoretische Gründe für die Annahme nahe, dass sich das PTBS-Symptomprofil bei älteren Menschen verändert, z. B. kortikaler Disinhibition [11], ähnlich wie dies bei anderen psychischen Störungen der Fall ist. Direkte Belege für eine altersbezogene Zunahme PTBS-bezogener Schlafstörungen ergaben sich nicht, da diese nicht signifikant anstiegen. Auch die Frequenz belastender Träume oder Alpträume veränderte sich nicht signifikant. Insgesamt gab es allerdings einen Anstieg für 2 der 5 Hyperarousal-Symptome (Reizbarkeit und Schreckreaktion), was möglicherweise auf spezifische altersbezogene Veränderungen der Reagibilität hinweist [34]. Drei der übrigen Symptome verringerten sich signifikant: wiederkehrende belastende Erinnerungen, Nachhallerinnerungen (Flashbacks) sowie das Entfremdungsgefühl. Die sehr wenigen anderen Studien zum Langzeit- bzw. Altersverlauf von PTBS-Symptomprofilen ergaben

im Vergleich kaum signifikante und dazu uneinheitliche Befunde [4, 32]. Die vorliegende Studie belegt erstmals eindeutiger einen Symptomprofilwandel hin zu mehr Hyperarousal- und weniger Intrusions- bzw. Vermeidungssymptomen.

Die dritte Fragestellung dieser Untersuchung betraf die Validität subjektiver retrospektiver PTBS-Verlaufseinschätzungen der Probanden im Vergleich zu klinisch-diagnostischen Beurteilungen aus der Mitte der 1990er Jahre und 15 Jahre später. Die Studienteilnehmer hatten 4 verschiedene Verlaufsdiagramme für die Symptomgruppen Intrusionen, Vermeidung, Betäubung (Numbing) und Übererregung (Hyperarousal) gezeichnet, die zu einer gemeinsamen Symptombelastungslinie verrechnet wurden. Die Kliniker bzw. Diagnostiker hatten im Jahr 1994 retrospektive Symptombeurteilungen vorgenommen und seitdem zwei prospektive Einschätzungen.

Aus den Berechnungen zur Übereinstimmung der Kliniker-Beurteilungen (prospektiv erhoben zu T1 und T2) und der Probandenselbstbeurteilungen (zu T2 erhoben, d. h. retrospektiv für T1) ergab sich insgesamt, dass für die häufigen Verlaufsmuster tendenziell höhere Übereinstimmungen bestanden als für die selteneren und dass die Probanden ihren Zustand retrospektiv in Richtung höherer PTBS-Belastung aggravierten. Im Detail hatte sich ergeben: Für den chronischen und resilienten (krankheitsfreien) Verlauf ergeben sich insgesamt ähnlich hohe Einschätzungen der Bestandsraten mit allerdings nur mittelhohen Übereinstimmungen für den individuellen Fall. D. h. sowohl die Einschätzung durch die Kliniker als auch die Selbsteinschätzung der Betroffene ergeben einen Anteil von ca. einem Drittel der Population, der als resilienter Typus angesehen werden kann. Dieses Urteil stimmt individuenbezogen allerdings nur bei 62% überein – die anderen 38% werden entweder nur von den Klinikern oder nur in der Selbstbeurteilung als resilient, d. h. „immer gesund geblieben“, eingeschätzt. Die Kliniker schätzten dagegen insgesamt mehr Studienteilnehmer als „remittiert“ (gesundet) ein; die individuenbezogene Übereinstimmung liegt hier nur bei rund 20%. Einen gewissen Trend zu einer retrospektiven

Aggravationstendenz für den T1-Zeitraum drückt sich in der abnehmenden Richtig-Positiv-Rate der Beurteilungsübereinstimmung („Sensitivität“) und der steigenden Richtig-Negativ-Rate („Spezifität“) aus (der allerdings nicht signifikant wird, wenn man den sehr konservativen Vergleich der Konfidenzintervalle zugrunde legt). Wieso es zu dieser Tendenz einer retrospektiv höheren und aktuell geringeren Aggravation kommt, muss offen bleiben. Diese können jedenfalls nicht im Sinne einer Intention zu mehr Entschädigungsleistungen zu gelangen gesehen werden, denn sie betreffen ja einen früheren Zeitpunkt. Möglicherweise spielen psychologische Faktoren einer (negativen) Lebensbilanzierung hier eine Rolle [20].

Die vorliegende Studie hatte eine wichtige Einschränkung, da ihr Forschungsdesign retro- und prospektive Anteile kombinierte, wobei nur die für die prospektiven Zeitpunkte Erinnerungsverzerrungen ausgeschlossen werden können. Alle für T0 erhobenen Angaben unterliegen möglicherweise solchen Erinnerungsverzerrungen. Da Opfer politischer Gewalt allerdings fast nie direkt nach dem jeweiligen individuellen Gewaltende untersucht werden können (da sie dann noch in den gewaltanwendenden Ländern leben), ist hier keine andere Erhebungsmethodik möglich. Weiterhin war es nicht möglich, die nichttraumatisierte Kontrollgruppe des ersten Untersuchungszeitpunkts erneut zu untersuchen. Daher sind die in dieser Studie berichteten hohen Komorbiditäten nur begrenzt als Traumafolgen zu interpretieren. Insgesamt war jedoch die Wiederteilnahmerate von 85% der 1994 untersuchten Personen ein sehr erfreulicher Befund, der dafür spricht, dass die Studienteilnehmer selbst ein hohes Interesse an der Aufklärung der untersuchten psychologischen Zusammenhänge hatten, und daran, dass die Geschichte der politischen Inhaftierungen in der DDR nicht vergessen wird.

Fazit für die Praxis

Für die Begutachtung psychischer Folgen potenziell traumatisierender Ereignisse sowie für die klinische Praxis lässt sich schlussfolgern:

- Der Verlauf psychischer Folgen von potenziell traumatisierenden Ereignissen ist sehr variabel und in der Praxis sind deutlich mehr Verlaufsförmen zu beobachten als in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV aufgeführt.
- Selbsteinschätzungen der zu untersuchenden Personen sind nur unter Vorbehalt zu verwerten (vgl. [1]) und regelhaft durch Sekundärdaten zu ergänzen. In retrospektiven subjektiven Beurteilungen können möglicherweise Aggravationstendenzen auftreten, die jedoch in subjektiven Beurteilungen der aktuellen Befindlichkeit weniger wahrscheinlich sind.
- Nach potenziell traumatisierenden Ereignissen leidet ein signifikanter Anteil der betroffenen Personen unter einer PTBS. Es findet sich aber auch ein hoher Anteil depressiver Störungen und verschiedener Angststörungen, die komorbid oder aber singulär auftreten. Dieser Befund deutet erneut darauf hin, dass der Fokus, sowohl im klinischen als auch im gutachtlichen Bereich, nicht auf das Auftreten posttraumatischer Belastungsreaktionen begrenzt werden kann (vgl. [9]).

Korrespondenzadresse

A. Maercker

Psychologisches Institut der
Universität Zürich
Zürich
Schweiz
maercker@psychologie.uzh.ch

Danksagung. Die Autoren danken Maximilian Geiger, BSc, für seine Mitarbeit bei einem Teil der statistischen Analysen.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Andrews B, Brewin CR, Philpott R et al (2007) Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry* 164:1319–1326
2. Bodenbun S, Fabra M (2011) Psychologische Selbsteinschätzungsskalen in gutachtlichen Untersuchungen. *Nervenarzt* 82:910–916
3. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000) meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68(5):748–766
4. Dirkzwager AJ, Bramsen I, Ploeg HM van der (2001) The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms among aging military veterans. *J Nerv Men Dis* 189:846–853
5. Ehlers A, Maercker A, Boos A (2000) Predictors of chronic PTSD following political imprisonment: the role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *J Abnorm Psychol* 109:45–55
6. Elhai JD, Palmieri PA (2011) The factor structure of posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 25:849–854
7. Freyberger HJ, Frommer J, Maercker A, Steil R (2003) Gesundheitliche Folgen politischer Haft in der DDR – Expertengutachten. Dresden: Konferenz der Landesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR
8. Flatten G, Gast U, Hofmann A et al (2011) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). *Trauma Gewalt* 5:202–210
9. Foerster K, Widder B (2011) Begutachtung psychischer Unfallfolgen. *Nervenarzt* 82:15576–1565
10. Gäbler I, Maercker A (2011) Revenge phenomena and PTSD in former East German political prisoners. *J Nerv Ment Dis* 199:287–294
11. Glück T, Maercker A (2012) PTSD in the Elderly: an update on prevalence, symptom presentation, and clinical implications. *Traumatic Stress Points* 26:11–13
12. Horesh D, Solomon Z, Zerach G et al (2011) Delayed-onset PTSD among war veterans: the role of life events throughout the life cycle. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46:863–870
13. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048–1060
14. Kleim B, Griffith JW, Gaebler I et al (2012) Political imprisonment shapes autobiographical memory. (Manuscript submitted for publication)
15. Krammer S, Fankhauser S, Günter C et al (2012) Social loss spiral: PTSD symptoms in former political prisoners and the role of social-interpersonal factors. (Manuscript submitted for publication)
16. Lapp LK, Agbokou C, Ferreri F (2011) PTSD in the elderly: the interaction between trauma and aging. *Int Psychogeriatr* 23:858–868
17. Maercker A (1999) Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: symptoms and psychosocial impairments. In: Maercker A, Schützwohl M, Solomon Z (Hrsg) Posttraumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective. Hogrefe & Huber, Seattle, S 7–42
18. Maercker A, Beauducel A, Schützwohl M (2000) Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *J Trauma Stress* 13:651–660
19. Maercker A, Gäbler I, O'Neil J et al (2012) Long-term trajectories of PTSD or resilience in former East German political prisoners. (Manuscript submitted for publication)
20. Maercker A, Horn AB (2012) A socio-interpersonal context model of PTSD: the case for environments and interpersonal processes. *Clin Psychol Psychother* doi:10.1002/cpp.1805
21. Maercker A, Schützwohl M (1997) Psychological long-term effects of political imprisonment: a group comparison study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32:434–442
22. Morina N, Böhme HF, Morina L, Asmundson GJ (2010) The structure of post-traumatic stress symptoms in young survivors of war. *Psychiatr Res* 186:306–309
23. Morina N, Böhme HF, Adjuvic D et al (2010) The structure of post-traumatic stress symptoms in survivors of war: confirmatory factor analyses of the impact of event scale – revised. *J Anxiety Disord* 24:606–611
24. Ost LG, Alm T, Brandberg M, Breitholtz E (2001) One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behav Res Ther* 39:167–183
25. Perkonig A, Pfister H, Stein MB et al (2005) Longitudinal course of PTSD and PTSD symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry* 162:1320–1327
26. Priebe S, Rudolf H, Bauer M, Häring B (1992) Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR – Sichtweisen der Betroffenen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 61:55–61
27. Prot K (2009) Late effects of trauma: PTSD in Holocaust survivors. *J Loss Trauma* 15:28–36
28. Schäfer I (2011) Traumatisierung und Sucht. In: Seidler G, Freyberger H, Maercker A (Hrsg) Handbuch Psychotraumatologie. Klett-Cotta, Stuttgart, S 255–263
29. Schneider S, Margraf J (2006) DIPS-Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen Diagnostic interview for mental disorders, 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen
30. Schützwohl M, Maercker A (1999) Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept if partial PTSD. *J Trauma Stress* 12:155–165
31. Solomon Z (1994) Coping with war-induced stress. Plenum, New York
32. Solomon Z, Mikulincer M (2006) Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry* 163(4):659–666
33. Solomon Z, Mikulincer M (2007) Posttraumatic intrusion, avoidance, and social functioning: a 20-year longitudinal study. *J Consult Clin Psychol* 75(2):316–324
34. Uchino BN, Birmingham W, Berg CA (2010) Are older adults less or more physiologically reactive? A meta-analysis of age-related differences in cardiovascular reactivity to laboratory tasks. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 65B:154–162
35. Weissflog G, Klinitzke G, Hinz A (2011) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und posttraumatische Belastungsstörungen bei in der DDR politisch Inhaftierten. *Psychother Psychosomatik Med Psychol* 61:133–139
36. Yehuda R, Schmeidler J, Labinsky E et al (2009) Ten-year follow-up study of PTSD diagnosis, symptom severity and psychosocial indices in aging holocaust survivors. *Acta Psychiatr Scand* 119:25–34